王子回生病院　　骨密度測定DEXA法依頼票

患者様情報
フリガナ
氏名
生年月日
T　S　H　R　　年　　月　　日
性別 男　・　女
電話番号
備考（身体情報）

ご施設名

保険種別　　社保・国保・後期 本人・家族
保険者番号
記号
番号
公費名①
負担者番号
受給者番号
一部負担　　入：　　外：
公費名②
負担者番号
受給者番号
一部負担　　入：　　外：

検査予約日時
年　　月　　日
AM・PM　　時　　分～

王子回生病院　医事課　FAX　078-928-2527

当院へFAX送信後患者様へお渡しください

キリトリ

患者様控え

検査日

年　　月　　日　　AM・PM　　時　　分

👇ご不明な点がございましたらコチラへ👇

王子回生病院　放射線科まで

TEL　078-928-9870